

แบบฟอร์มเบิกอุปกรณ์ปกป้องร่างกายโรงพยาบาลบ้านฝื่อ

ปีงบประมาณ 2564

วันที่เบิก.....หน่วยงานที่เบิก.....

| ลำดับ | รายการ | เบิก | จ่าย | ราคา | มูลค่า |
|--|--------|------|---|------|--------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| รวม | | | | | |
| ลงชื่อ.....ผู้จ่าย () | | | | | |
| ลงชื่อ.....ผู้เบิก () | | | ตรวจสอบแล้วถูกต้อง ลงชื่อ..... () | | |
| ได้รับอุปกรณ์ปกป้องร่างกาย ครบถ้วนแล้ว ลงชื่อ.....ผู้รับ () ตำแหน่ง..... วันที่..... | | | ผู้ส่งจ่ายอุปกรณ์ปกป้องร่างกาย ลงชื่อ..... (นางชวลีพร แคนสุข) พยาบาลป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ หัวหน้างานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ | | |